ROK XI. STYCZEŃ 1931. Nr 1 (97)

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

MIESIĘCZNIK

TREŚĆ NUMERU:

SKŁAD REDAKCJI:

Redaktor: *Dr. med. L. Brennejsen* — Marszałkowska 48.

Wydawca: (Administracja) *Lek.-dent. A. Mokrzycki* — Warszawa, Kredytowa 16. P. K. O. Nr. 11.288.

WARUNKI PRENUMERATY:

Prenumerata	roczna	Zł. 30.—
„	półroczna	„ 15.—
„	kwartalna	„ 7.50

ROK XI. STYCZEŃ 1931. Nr 1 (97)

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

MIESIĘCZNIK

Z Polikliniki Stomatologicznej Uniwersytetu Poznańskiego.

JÓZEF JARZĄB

Zast. Prof. i Kierownik Polikliniki Stomatologicznej Uniwersytetu. Poznań.

Jałowe przechowywanie strzykawek i podręcznych narzędzi dentystycznych.

576. 8. 616. 31. 089.

Częste zagotowywanie strzykawek i narzędzi chirurgicznych w wodzie wprawdzie jest najpewniejszym sposobem ich wyjałowienia, jednakowoż połączone to jest z pewną niedogodnością, zawsze ze stratą drogiego czasu, a także z możliwością częstego pękania przedmiotów szklanych i tępienia się narzędzi ostrych.

Przechowywanie wyjałowionych narzędzi w 70% alkoholu niezawsze zabezpiecza ich jałowość, zwłaszcza, o ile alkohol jest pozostawiany długo bez zmiany i w odkrytych naczyniach. Następuje bowiem szybkie wyparowanie alkoholu i zanieczyszczenie drobnoustrojami. W podobnych warunkach przechowywany alkohol już po 2 miesiącach, jak próby wykazały, traci wszelką siłę bakterjobójczą i powstrzymującą rozrost drobnoustrojów, a nawet z zanieczyszczeń jego powierzchni robione hodowle wykazują rozrost paciorkowców i gronkowców licznych ziarkowców i grzybków.

Najintensywniejsze bakterjobójcze działanie alkoholu zaznacza się przy 60 — 70% jego stężenia. Wyższe koncentracje działają gorzej z powodu szybkiego ścinania białka na powierzchni bakterji i uniemożliwienia jego głębszego wnikania, niższe zaś, począwszy od 20%, nie są w stanie nawet powstrzymać rozrostu drobnoustrojowego. Tak

więc działania alkoholu nie możemy zbytnio przeceniać, znając jego dość szczupłą i chwiejną granicę działania.

Większą pewność jałowego utrzymania narzędzi po wygotowaniu daje 2 — 3% rozczyn karbolowy, a przedewszystkiem formaliny. Środki te w tem rozcieńczeniu nietylko tamują rozrost drobnoustrojów, ale działają jeszcze wybitnie bakterjobójczo. W przeciągu 20 min. zabijają wszystkie drobnoustroje i zapewniają absolutną jałowość płynu.

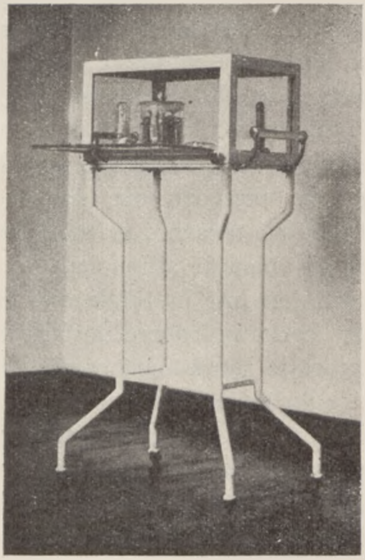
Bakterjobójczy wpływ tych środków zaznacza się wyraźnie na odległość. Robiłem próby, mianowicie: w szafce w zwykłych flaszeczkach, jakich używamy w dentystyce zachowawczej do przechowywania lekarstw, umieszczałem fenol lub formalinę, następnie robiłem hodowle bakterjologiczne z powierzchni wszystkich przedmiotów, które się w tej szafce znajdowały. Okazało się, że wszystkie hodowle wypadały ujemnie, drobnoustroje nie wyrastały; powtórzone zaś w innej szafce badania bez fenolu lub formaliny, a także z innemi środkami bakterjobójczemi, dawały zawsze liczny posiew zanieczyszczeń drobnoustrojowych.

Wyniki tych badań nie są zupełnie nowe, zwłaszcza z formaliną. Znane jest odkażanie przedmiotów, mieszkań parami formalinowemi, a nawet tym samym sposobem posługujemy się przy leczeniu korzeni, oddając pierwszeństwo tym środkom, które mają działanie bakterjobójcze nietylko przez kontakt, ale na odległość. Powyższe obserwacje możemy spożytkować przy przechowaniu w stanie jałowym, a także przy odkażeniu naszych narzędzi w codziennej praktyce.

Niekorzystną cechą wszystkich tych środków odkażających, jako też i gotowania, jest powodowanie rdzewienia narzędzi. Proces ten według Crowella należy uważać za elektrochemiczny, powodowany rozpuszczonemi w wodzie elektrolitami, czynnikami utleniającemi. Również proces ten może powstać przez elektryczny kontakt stalowych narzędzi z elektronegatywnym materjałem, jakim jest np. amalgam miedzi, tlenek żelaza i w ogólności kwasy. Jak wynika z tego, przeciwdziałać temu procesowi możemy przy pomocy czynników redukujących, elektropozytywnych, jak cynk, glin lub zasady. W tym celu możemy dodawać do wody, służącej do wygotowania narzędzi, środków, jak dwuwęglanu sodowego, sody lub boraksu, a także na tej zasadzie możemy robić kombinacje płynów bakterjobójczych, przeznaczonych do odkażania lub przechowywania narzędzi w stanie jałowym.

Do jałowego przechowywania strzykawek, a także do odkażania wierteł (ekskawatorów), wydrążaczy i t. p. używamy w Klinice Stomatologicznej U. P. płynu formalinowego z boraksem, według recepty: Boracis 15, Formalini 20, Aqu. destill. 1000. Płyn taki jest silnie bakterjobójczy, w przeciągu 5 minut zabija wszystkie drobnoustroje, a w 20 giną nawet zarazki węglika.

Używając tego płynu, możemy raz wygotowaną strzykawkę przy zachowaniu pewnych ostrożności przechowywać w stanie jałowym



Rys. 1.

nieograniczenie długi czas i mieć ją stale gotową do użytku. Należy uważać, ażeby strzykawka cała była zanurzona w płynie, ile możności z tłokiem wyciągniętym. Ma to znaczenie na wypadek, gdyby podczas wykonywania injekcji nastąpiła nieświadomie inspiracja krwi, czyli, gdyby nastąpiło w jakikolwiek sposób zanieczyszczenie wnętrza strzykawki.

Do użycia, przed napełnieniem strzykawki płynem znieczulającym, należy strzykawkę kilkakrotnie przepłókać jodowym roztworem soli fizjologicznej lub świeżo przegotowaną wyjałowioną wodą, którą zawsze znajdziemy pod ręką, gotując np. do danego zabiegu chirurgicznego narzędzia i igłę z nasadkę K a n t o r o w i c z a. Inaczej bowiem cząsteczki formaliny, które znajdują się w strzykawce, dostawszy

się wraz z płynem znieczulającym do tkanki, mogą wywołać objawy zapalne i ból. To samo zresztą odnosi się i do strzykawek, przechowywanych w alkoholu. Przepłókiwanie ciepłą wodą ma bowiem jeszcze i tę korzyść, że płyn znieczulający pod wpływem rozgrzanej nieco strzykawki otrzymuje ciepłotę zbliżoną do ciepłoty ciała i przytem mniej drażni tkanki. Ze względu na rozkład novokainy, należy w płynach do przepłókiwania unikać sody.

Do wyjałowienia narzędzi w dentystyce zachowawczej, jak lusterka, wydrążacze, zgłębniki, wiertła, igiełki, miazgociągi, płyn ten oddaje niezwykłe usługi. Narzędzia należy najpierw oczyścić mechanicznie ze śliny, krwi etc., następnie zanurzyć je w tym płynie na 10 min. W s z y s t k i e h o d o w l e d r o b n o u s t r o j ó w, r o b i o n e p o t y m c z a s i e, nawet gdzie uprzednio stwierdzono gronkowca złocistego, w y p a d a ł y u j e m n i e. Wyjałowienie tym sposobem następuje zupełnie dostateczne, a przytem narzędzia nie rdzewieją i nie tępią się, jak przez gotowanie. Sposób ten uważam o wiele korzystniejszy, niż np. bardzo rozpowszechnione opalanie alkoholem.

Ażeby zbytnio formalina nie ulatniała się, naczynia szklane z temi płynami zamykamy korkami dobrze doszlifowanemi, a oprócz tego umieszczamy je w szczelnie zamkniętej szafie, w której tą drogą odbywać się może także odkażanie przy pomocy pary formalinowej.

W szafce tej możemy więc przechowywać wszystkie przedmioty, które winny znajdować się w jałowym stanie, a więc: naczynia z płynami znieczulającemi, gaza opatrunkowa, pasta do wypełnienia korzeni, igiełki i wogóle narzędzia, służące do leczenia korzeni. Jak wykazały badania, wszystkie przedmioty w ten sposób przechowywane, nie wykazują żadnych zanieczyszczeń drobnoustrojowych na swoich powierzchniach. Szafkę taką, własnego pomysłu ze szczelnem zamknięciem, na kółeczkach. aby ją można przesuwać dowolnie. przedstawia *Rys. 1.*

W podobnej szafce, również o zamknięciu uszczelnionem, możemy urządzić odkażanie przy pomocy pary formalinowej. Mały zwitek waty, zamaczany w formalinie i umieszczony na otwartem szkiełku, nasyca zamkniętą małą przestrzeń powietrza zamkniętej szafki parą formalinową i utrzymuje jałowo, a nawet do 24 godzin zupełnie pewnie odkaża przedmioty, które się tam znajdują. Chodzić tu może o przedmioty, których wyjałowienie winno odbywać się na sucho, np. zapas igiełek z nawiniętą watą, hubka do upychania pasty i t. p.

Jakkolwiek przedstawiony sposób odkażania dla naszych celów może mieć wprawdzie jeszcze pewne niedogodności i ujemne strony,

jednakowoż jest on kilkakrotnie bakterjologicznie zbadany i wypróbowany w klinicznem użyciu z dobrym wynikiem. Z tego też powodu godny polecenia. Przy pewnej organizacji pracy z łatwością można go zastosować nawet w najskromniejszych ordynacjach lekarskich, zaoszczędzając sobie tą drogą wiele trudu i czasu, a przytem zyskując większą pewność w leczeniu.

PIŚMIENNICTWO:

Abrahmsohn und Smorodinzeff: Experimentelle Untersuchungen zur Frage der mechanischen Händedesinfektion. Zbl. f. Chir. 1928 p. 2125.

Babsky: Ueber die Formalin-Händedesinfektion. Zbl, f. Chir. 1925 p. 1713.

Breitkopf: Die bakteriologische Untersuchung der Tageshand. Fort. d. Z. 1927 II. 63.

Greve: Arzeneimittellehre und Toxikologie. Fort. d. Z. 1926. p. 537.

Herald v. Osten-Sacken: Versuche mit einem Formalin-Trockensterilisator. Z. R. 1925, p. 341.

v. Hertz: Prasowanie jako środek sterylizacyjny. Przegl. dent. 1925, str. 1.

Hummel: Kritik der Sterilisation kleiner, zahnärztlicher Instrumente unter besonderer Berücksichtigung der amerikanischen Schnellsterilisation nach Flaherty. Fort. d. Z. 1926. II, p. 194.

Kantorowicz: Die Asepsis in der konservierenden Zahnheilkunde. Z. R. 1925, p. 425.

Laubenheimer: Ueber Chlorthymol als Desinfektionsmittel D. m. Woch. 1928, p. 481.

Moeser: Trockensterilisation mit heissem Sand. Z. R. 1925, p. 361.

Rolland: Considérations sur les antiseptiques et leur action sur les tissus et les microorganismes. L'odont. 1928, p. 20.

Serkowski: Przyrząd do badania bakteryjnej zawiesiny powietrza. Przegl. dent. 1924, p. 17.

Siburg: Untersuchungen über die Sterilisation von Hand- und Winkelstücken. Cor. f. Z. 1925. p. 258.

Siburg: Untersuchungen über die amerikanische Schnellsterilisation nach Flaherty. Fort. d. Z. 1926. II, p. 194.

Thesee: Quelques notes pratiques touchont les sterilisateurs électriques. La. Rev. de stom. 1926, p. 527.

DZIAŁ STRESZCZEŃ

M. WASSMUND. **Procesy ropne dna jamy ustnej.** *(Die eitrigen Prozesse des Mundbodens).* Vierteljahrschr. f. Zahnheilkunde. 1929 — I.

Ropowica dna jamy ustnej jest najpoważniejszem schorzeniem, obok złośliwych obrzęków, jakie dotknąć może części miękkie głowy. Śmiertelność tego schorzenia przez długi czas była bardzo wielka. Dopiero wprowadzenie leczenia chirurgicznego tej choroby dało wyniki lepsze. Ale nawet przy nowoczesnym sposobie traktowania phlegmon, śmiertelność w ciężkich przypadkach wynosi 40 — 50%. Wina tego stanu leży w niedostatecznej znajomości istoty choroby, etjologji jej i lokalizacji. Ropowicę dna jamy ustnej należy uważać za ropne, a często gnilne zapalenie, które zaczyna się zazwyczaj w okolicy podbródkowej, podszczękowej i podjęzykowej i szerzy się z punktu wyjścia na wszystkie okolice dna, a niekiedy sięga nawet do przestrzeni, leżących poza dnem jamy ustnej. Powikłania, doprowadzające niekiedy do zejścia śmiertelnego, zależą od umiejscowienia ropowicy. Ropowicę należy odróżniać od ropnia. Ropień jest to ropne, ograniczone zapalenie gruczołu chłonnego (zniszczeniu i rozpadowi ulega tylko niewielka ilość tkanki, znajdującej się w sąsiedztwie chorego gruczołu). Gdy zapalenie ropne ma postać rozlaną i zajmuje coraz to nowe przestrzenie, ma się wtedy do czynienia z ropowicą. Ropowicę właściwą dzieli autor na dwa typy, mianowicie: ropowicę wrzodziejącą (charakteryzuje się osłonką otaczającą terytorjum schorzałe) i ropowicę ropiejącą (rozlana, bez odgraniczenia wyraźnego od części zdrowych). Obydwie formy mają analogiczną etjologję i przebieg. Oddziela je natomiast autor, podając statystykę śmiertelności w jednej i drugiej formie.

Tak przedstawiała się ona w roku 1927 i 1928:

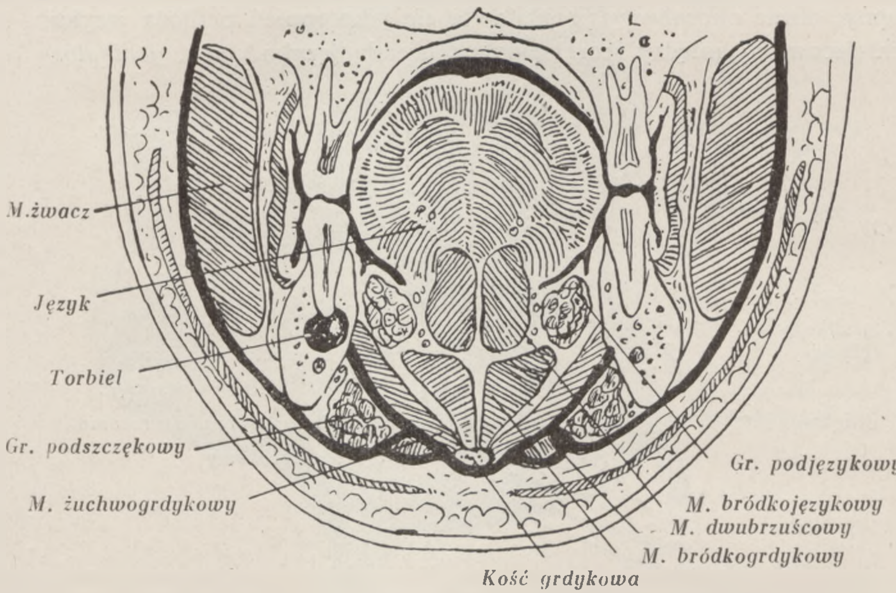
Ropowica dna	1927		1928	
	Liczba schorzeń	Przypadki śmiertelne	Liczba schorzeń	Przypadki śmiertelne
Postać ropowicza	21	2 = 9.5%	14	2 = 14,3%
Postać wrzodziejąca	72	0	71	0
Liczba ogólna	93	2.1%	85	2,35%

Obserwacja anatomicznych stosunków dna jamy ustnej i organów sąsiednich ułatwia nam zrozumienie przebiegu i sposobu rozprze-

strzeniania się ropowicy. Miejscem, w którem toczy się proces ropny, jest jedna lub kilka ograniczonych przestrzeni dna, wśród których odróżniamy:

1) okolicę podbródkową,
2) przestrzeń między umięsieniem podstawy języka,
3) prawą i lewą okolicę podjęzykową,
4) prawą i lewą okolicę podżuchwową.

W jednej z tych przestrzeni zaczyna się ropowica dna.

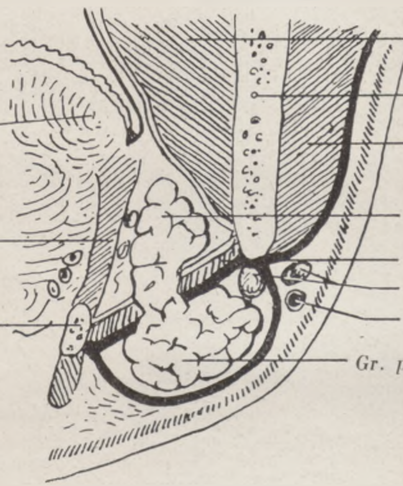


Rys. 1. Przekrój czołowy przez przedni brzeg kości grdykowej.

1) Okolica podbródkowa jest wąską przestrzenią, ograniczoną od góry przez *m. mylohyoideus,* od dołu przez górną blaszkę powięzi szyjnej, z boków przez przednie ramię mięśnia dwubrzuścowego. W przestrzeni tej znajdują się podbródkowe gruczoły chłonne i obfita tkanka tłuszczowa. Zakażenie wtargnąć tu może drogą obiegu chłonki od chorych zębów przednich żuchwy i od infekcyjnych schorzeń wargi dolnej (egzema, zapalenie śluzówki i t. d.). Ponieważ układ naczyń i gruczołów chłonnych działa jak filtr — infekcja jest słabsza i powolniejsza, wskutek czego i przebieg choroby jest dość łagodny, i ropowica w tym przypadku nie wkracza nigdy do sąsiednich okolic. Jeśli infekcja wtargnie bezpośrednio do luźnej tkanki łącznej (zropiała torbiel korzeniowa w obrębie przednich dolnych zębów, zapalenie szpiku kostnego w szczęce dolnej, zakażone złamanie przedniego odcinka żuchwy,

zaostrzenie procesu przewlekłego przy którymś z przednich dolnych zębów i t. d.), rozprzestrzenia się w niej gwałtownie, wywołuje powstawanie ubytków nekrotycznych w tkance łącznej i powięzi, wskutek czego może przedostać się do okolicy podżuchwowej lub podjęzykowej.

2) Przestrzeń między umięsieniem podstawy języka jest ograniczona z boków przez mięśnie: *genioglossus* i *geniohyoideus,* od dołu przez *m. mylohyoideus.* Kiedy w tej przestrzeni powstanie proces ropny, obraz chorobowy przedstawia się jako ropień podłoża języka, umiejscowiony między szczęką dolną, nasadą języka i *mm. genioglos-*

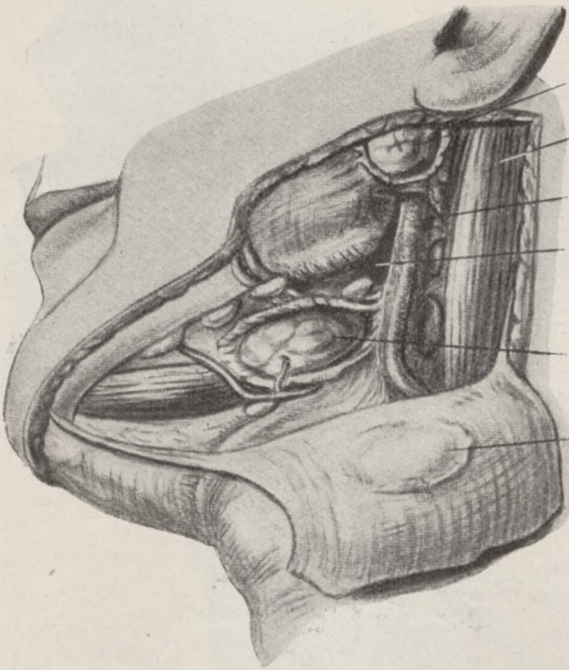


Rys. 2. Przekrój czołowy przez tylny brzeg m. żuchwogrdykowego.

sus i *geniohyoideus.* Infekcja do tej przestrzeni dostaje się, gdy jakiś proces infekcyjny, toczący się w żuchwie, przedziera się ku językowi blisko linji środkowej. Gdy proces przebiega gwałtownie, może wywołać także sprawę ropną w okolicy podjęzykowej.

3) Okolica podjęzykowa jest ograniczona od dołu mięśniem żuchwogrdykowym, od góry śluzówką dna jamy ustnej, z boku szczęką dolną. W linji środkowej, bez wyraźnego odgraniczenia okolica podjęzykowa jednej strony przechodzi w taką samą strony przeciwnej. Dlatego ropowica podjęzykowa z wielką łatwością zajmuje obydwie strony. Przestrzeń podjęzykową wypełnia ślinianka podjęzykowa, gruczoły chłonne, przewód Warthona, naczynia, nerwy i luźna tkanka łączna. Infekcja tej okolicy następuje przy skaleczeniach instrumenta-

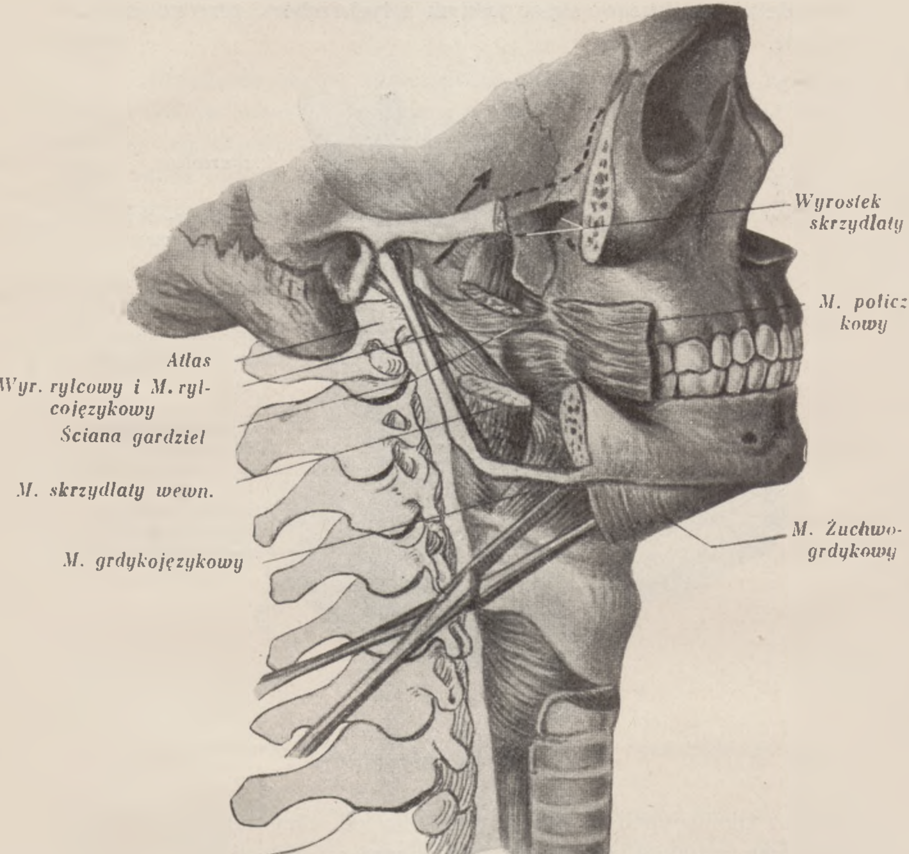
mi, ciałami obcemi, wkładanemi do ust lub na drodze zębowej. Wszystkie zęby szczęki dolnej, od środkowego siekacza aż do drugiego trzonowca mogą zainfekować tkankę, leżącą pod językiem, jeżeli proces infekcyjny, toczący się w jednym z tych zębów, przedrze się lingualnie.



Rys. 3. Okolica podszczękowa.

4) Okolicę podszczękową ogranicza od góry mięsień żuchwo-grdykowy, z boków powierzchowna powięź szyjna, od dołu w części przedniej przedni brzusiec mięśnia dwubrzuścowego. Ścianę dolną, tylną stanowi blaszka powięzi, biegnąca od powięzi szyjnej. Blaszka ta stoi pionowo i oddziela okolicę podżuchwową od ślinianki przyusznej. Zawartość okolicy podżuchwowej stanowi: ślinianka podszczękowa, spoczywająca w torebce powięziowej, tkanka łączna i tłuszczowa, których ilość pozostaje w stosunku odwrotnie proporcjonalnym do wielkości ślinianki, tętnica szczękowa zewnętrzna, żyła twarzowa przednia, nerw, tętnica i żyła językowa, tętnica i nerw żuchwogrdykowy i gruczoły chłonne. Przestrzeń podszczękowa może być zainfekowana drogą limfatyczną lub infekcja może wtargnąć bezpośrednio.

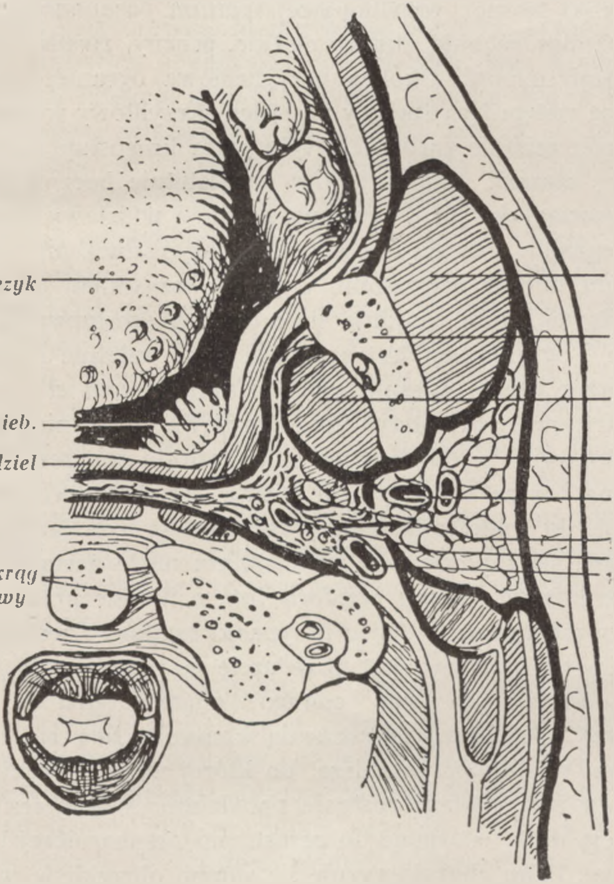
Infekcja bezpośrednia możliwa jest: od 2 i 3 trzonowca, bo korzenie ich nachylone są często lingualnie, i procesy zapalne tych zębów mają ujście ku językowi, owrzodzenia dziąsła przy zębach mą-



Rys. 4. Pomiędzy wstępującą gałęzią żuchwy i ścianą gardzieli leży przestrzeń okołogardzielowa.

drości, gdy ropa przedrze się dojęzykowo, zainfekowanej rany ekstrakcyjnej, zainfekowanego złamania w kącie żuchwy, zapalenia szpiku kostnego żuchwy. Ropny stan zapalny z okolicy podszczękowej może dojść do przestrzeni okołogardłowej i okolicy podjęzykowej, gdyż komunikacja między temi przestrzeniami jest bardzo łatwa. Specjalne miejsce wśród ropnych procesów okolicy podżuchwowej zajmują te, które toczą się w grupie podszczękowych gruczołów chłonnych. Gru-

czoły te leżą w linji przedniego brzuśca mięśnia dwubrzuścowego na granicy między przestrzenią podbródkową i podszczękową. Procesy ropne tych gruczołów są spowodowane często schorzeniem przedtrzonowców, albo pierwszego trzonowca. Przebieg procesu jest łagodny z wyraźną skłonnością do umiejscowienia. Jak już wyżej zaznaczono,



Rys. 5. Przekrój poziomy na wysokości gruczołu podniebiennego.

ropowica z jednej okolicy może przenosić się do innych i tak: z przestrzeni podjęzykowej jednej strony może przejść na drugą. Z okolicy podbródkowej z jednej lub z obydwóch stron może wejść do przestrzeni podszczękowej, albo wrócić naokoło — z podszczękowej do podbródkowej. Najczęstszą kombinacją jest ropowica podjęzykowa i podszczękowa, gdzie jedna przyczyniła się do powstania drugiej. Tak zaczyna się cuchnący proces w jednej przestrzeni podszczękowej,

zajmuje podjęzykową tej samej strony, przedostaje się do podjęzykowej strony przeciwnej i dosięga podszczękowej strony przeciwnej. Równocześnie ropowica może wtargnąć do przestrzeni podbródkowej i wtedy wszystkie okolice dna jamy ustnej ulegają cuchnącemu zapaleniu. Po zajęciu wszystkich okolic dna może ropowica objąć sąsiedni obszar tkanki łącznej, wypełniającej *spatium parapharyngeum*. Schorzenie, tej okolicy cechują objawy ciężkie, groźny, złośliwy przebieg i wysoka śmiertelność. Okolica przygardłowa ograniczona jest z boku przez gałąź wstępującą żuchwy i mięsień skrzydłowy wewnętrzny, od środka przez mięśnie gardzieli, z tyłu przez kręgosłup, a od góry prze podstawę czaszki. Stanowi więc ona istotnie boczną ścianę gardła w całej rozciągłości do kręgosłupa z tyłu i podstawy czaszki, z góry. Jeśli phlegmona dosięgła okolicy parapharyngalnej, ma otwartą drogę do wielu innych przestrzeni, a przedewszystkiem do przestrzeni pozagardłowej, która znajduje się między kręgosłupem a tylną ścianą gardła i ograniczona jest z przodu przez mięśnie i powięź gardła, z tyłu przez długie mięśnie szyi (*m. longus colli et capitis*) i powięź przedkręgową. Przestrzeń pozagardłową wypełnia luźna tkanka łączna. Ropowica tej okolicy ma skłonność do opuszczania się wzdłuż kręgosłupa i wraz z przełykiem dostaje się do klatki piersiowej, a mianowicie, do śródpiersia. Taka ewentualność była już stwierdzona. Opuszczenie się ropowicy do *mediastinum* może nastąpić także wzdłuż *art. carotis int.* i *vena jugularis int.*, o ile one przebiegają przez *spatium parapharyngeum*. Są to przypadki rzadkie. Częstem natomiast i ciężkiem powikłaniem jest przedarcie się ropowicy do *fossa infratemporalis,* która nie ma ostrego odgraniczenia do okolicy przygardłowej. Najbliższą przestrzenią komunikującą się z parapharyngalną jest okolica przyusznicza, do której wejścia broni płat powięzi. Kiedy ten płat powięzi zostanie przedziurawiony przez proces ropny, infekcja może wtargnąć do przestrzeni przyuszniczej i wywołać ropowicę jej, która charakteryzuje się silnym obrzękiem, umiejscowionym poza żuchwą ponad mięśniem żwaczem. Nakoniec może ropowica przygardłowa dojść do podstawy czaszki, wzdłuż niej iść na boki i przez *fossa infratemporalis* wtargnąć do okolicy skroniowej. Występuje wtedy obrzęk tej okolicy, umiejscowiony ponad łukiem jarzmowym. Groźną komplikację stanowi zajęcie przestrzeni naczyń szyi. Infekcja może tu trafić z okolicy podszczękowej wzdłuż *art. submaxillaris ext.* i *vena facialis ant.* Nakoniec, opisując powikłania ropowic, należy wspomnieć jeszcze o jednoczesnej ropowicy dna i policzków. Phlegmona policzkowa powstaje wskutek procesu

ropnego w mięśniu żwaczu. Schorzenia 3-go i 2-go dolnego trzonowca są często źródłem infekcji dla *m. masseter*. Możliwość zainfekowania żwacza jest także przy zainfekowanych złamaniach w kącie żuchwy, przy *osteomyelitis* szczęki dolnej, przy zropiałej torbieli w okolicy przyczepu żwacza. To samo ognisko bakteryjne może przyczynić się do zainfekowania dna jamy ustnej drogą naczyń chłonnych lub bezpośrednią. Mamy wtedy obraz chorobowy, na który składa się ropowica policzkowa + ropowica dna. Rzadsze są wypadki, w których infekcja spowodowałaby ropowicę dna, a ta dopiero przez brzeg żuchwy wtargnęłaby na policzki. Zdarza się to niełatwo i nieczęsto, ponieważ przyczep powięzi szyjnej na brzegu żuchwy, utrudnia infekcji wędrówkę w kierunku policzka.

Teraz należałoby zastanowić się nad etjologją ropowic. Prace w tej dziedzinie są tylko częściowo trafne i dostateczne. Mikulicz i Kümmel twierdzą: „Ropowica podjęzykowa ma swe źródło w owrzodzeniach jamy ustnej, w zanieczyszczonych ranach pooperacyjnych i innych, w próchnicowych zębach i w infekcyjnych schorzeniach jamy ustnej“. Küttner mówi: „Schorzenia podszczękowe, które mogą objąć także okolicę podjęzykową, biorą często początek w schorzeniach ślinianki podszczękowej“. Różni autorzy podają różne przyczyny, jak: ropienie języka, kamienie ślinowe, schorzałe migdałki, zapalenie szpiku kostnego, wrzodziejące procesy śluzówki i inne. Wszystkie te przyczyny rozpatrzymy kolejno według ich istotnego znaczenia.

SCHORZENIA ZĘBÓW I TKANEK OKOŁOZĘBOWYCH są główną przyczyną ropienia w okolicy szczęki, policzków i dna jamy ustnej. Każdy próchnicowy ząb może zapoczątkować proces ropny, jeżeli próchnica dosięgła już jego miazgi. Kiedy miazga ulega rozpadowi (nietylko wskutek próchnicy, uraz mechaniczny, wywołujący obumarcie miazgi, źle założone plomby amalgamatowe i krzemowe) bakterje przedostają się przez wierzchołek zęba do kości i infekują ją w okolicy wierzchołka. Powstaje przewlekły stan zapalny. Kosztem tkanki kostnej wytwarza się ziarnina i rozrastając się tworzy ziarniniak. Proces przewlekły może ulec zaostrzeniu i występuje wtedy ból i obrzęk, tworzy się ropień. Dla zlikwidowania tego stanu trzeba przeleczyć ząb, a często usunąć go. Nawet po wyjałowieniu i wypełnieniu kanału ziarniniak może pozostać w zębodole i istnieć nadal, jako ognisko zakażenia. Ziarniniaki przybierają niejednokrotnie duże rozmiary i powodują ciężkie schorzenia organizmu. Mogą również wywoły-

wać przedziurawienie ścian kostnych i zajmować przestrzenie sąsiednie. Z zębów górnych przednich może ziarniniak wtargnąć do jamy nosowej, z górnych bocznych do zatoki szczękowej, z zębów szczęki dolnej do dna jamy ustnej i t. d. Ziarniniaki, jako ogniska infekcyjne, mogą spowodować ropienie kości i części miękkich. Aby mówić o przywierzchołkowem ognisku bakteryjnem, niekoniecznie musimy mieć jego obraz rentgenologiczny (otrzymanie jego zależy od stopnia zmian w kości). Stwierdzenie, że miazga podejrzanego zęba jest martwa, względnie zupełnie usunięta, a kanał nie jest dokładnie wyleczony i wypełniony, upoważnia nas do orzeczenia, że przy wierzchołku tego zęba ognisko infekcyjne istnieje. Torbiel korzeniowa powstaje także wskutek choroby miazgi zęba, a w następstwie ozębnej. Jest to proces przewlekły, charakteryzujący się znaczną siłą wzrostu. W ciągu roku torbiel wielkości grochu może dojść do wielkości śliwki, a nawet jabłka. Torbiel, dzięki styczności z zainfekowanym kanałem, jest prawie zawsze zainfekowana, i kiedy proces zaostrza się, obserwujemy także objawy, jak przy zaostrzeniu się przewlekłego zapalenia ziarninowego. Torbiel da się uchwycić zdjęciem promieniami Rentgena, dzięki wyraźnemu odgraniczeniu od blaszki kostnej. Torbiel, po usunięciu winnego zęba, nie likwiduje się, lecz wzrasta w dalszym ciągu. Przewlekły stan zapalny przywierzchołkowy i torbiel korzeniowa latami mogą trwać utajone i dają powikłania dopiero po zaostrzeniu się procesu. W niektórych przypadkach możemy wskazać przyczynę, która wywołała zaostrzenie procesu przewlekłego. Przepchanie mas zgorzelinowych przy nieostrożnem usuwaniu ich z kanału zęba, uraz mechaniczny, choroby infekcyjne — oto przyczyny, wpływające na zaostrzenie procesów przewlekłych. Przy zaostrzeniu bakterje z danego ogniska mogą się rozprzestrzeniać i wywoływać stany zapalne w otoczeniu. Tą drogą powstają bardzo często ropowice. Jeśli szukamy przyczyny powstałego zapalenia części miękkich w układzie zębowym, musimy pamiętać że:

1) nie przemawia za lub przeciw istnienie lub brak próchnicy,
2) lecz przemawia stan miazgi i tkanki okołowierzchołkowej zębów,
3) brak zębów nie wyklucza możliwości istnienia przyczyny zębowej (zmiany w kości, zapoczątkowane przez usunięte już zęby),
4) badania rentgenologiczne nie są miarodajne,
5) brak bólów zębów nie wyklucza przyczyny zębowej.

6) tylko sumienne i dokładne badanie lekarskie może zdecydować, czy zęby są przyczyną danego zapalenia części miękkich.

Zainfekowane rany poekstrakcyjne i operacyjne. Często spotyka się ciężką ropowicę dna w 2 — 4 dni po usunięciu zęba. Szczególnie dotyczy to trzonowców dolnych. Pacjenci zjawiają się niekiedy już z objawami zakażenia ogólnego. Rozpoznanie lekarza brzmi: „Ropowica dna i sepsis ogólna po ekstrakcji“ .Pacjent i jego bliscy skłonni są winić lekarza, który usuwał ząb, gdyż wszystko zło zaczęło się po ekstrakcji. Mniemanie to jest błędne. Infekcja przed usunięciem zęba dosięgła części miękkich i dotarła tak daleko, że ekstrakcja nastąpiła już zapóźno, sprawa cofnąć się nie mogła i pomimo, a nie z powodu usunięcia chorego zęba, ropowica wybuchła. Zdarzają się wypadki, że pacjent nie cierpiał na bóle zębów, a przyszedł do lekarza z prośbą o usunięcie jakiegoś zęba ze względów kosmetycznych. Ząb usunięto. Po ekstrakcji pojawił się duży obrzęk, silne bóle i powstała ropowica. Przy badaniu znajdujemy zębodół usuniętego zęba wypełniony zgorzelinowym rozpadem skrzepu krwi i resztek pokarmowych. Poważna zgorzelinowa infekcja była przyczyną ropowicy. Dlatego ranami poekstrakcyjnemi należy zajmować się starannie. Należy także objaśnić pacjentów, jak mają zachować się po ekstrakcji. Zainfekowane rany grożą niebezpieczeństwami powikłania, jak: ropowica, zapalenie szpiku kostnego, a nawet zejście śmiertelne.

Ropień w okolicy zęba mądrości — często przyczyną jest ropowica dna i policzków. Nagryzanie na brodawkę dziąsłową, która pokrywa niekiedy ząb mądrości, prowadzi do owrzodzeń. Wydzieliny, spływające wzdłuż korony, dostają się do ozębnej i wywołują w niej proces ropny, który, przedzierając się lingualnie, może spowodować ropowicę dna, buccalnie ropowicę policzkową.

Nieostrożne znieczulenie miejscowe. Zdarza się, że po zastosowaniu znieczulenia miejscowego występuje ropowica. Igła strzykawki, wprowadzającej płyn znieczulający, trafiła na utajone ognisko bakteryjne w kości. Wskutek wzmożonego ciśnienia (po wstrzyknięciu płynu) bakterje dostały się do części miękkich i zainfekowały je.

Zainfekowane złamania dają często powód do powstawania procesów ropnych. Przy złamaniach gałęzi poziomej żuchwy, aż do okolicy 1-go trzonowca, ropienie powstaje przeważnie tylko w miejscu złamania. Inaczej sprawa przedstawia się przy złamaniach w kącie żuchwy. Linja złamania przebiega tu przez tylny

odcinek okolicy podszczękowej, obfitującej w luźną tkankę łączną. Ropienie może się tu łatwo rozprzestrzeniać i obejmować także okolicę podjęzykową i okołogardłową, które z tym odcinkiem się komunikują.

Zapalenie szpiku kostnego żuchwy w ciężkich, ostro i gwałtownie przebiegających przypadkach wywołuje prawie zawsze ropowicę.

Niektórzy lekarze uznają zapalenie ślinianek i kamienie ślinowe za przyczynę ropowicy odnośnej okolicy. Jest to niesłuszne. Ślinianki ulegają schorzeniu najczęściej dopiero wtórnie. Nieliczne przypadki tylko stwierdziły, że daną ropowicę wywołał przewlekły stan zapalny ślinianki. Kamień ślinowy, zalegający w przewodzie ślinianki, przyczynia się do powstania procesu zapalnego w jej tkance, a to może wywołać stan zapalny okolicy, w której mieści się ślinianka.

Migdałek podniebienny. Ostry i przewlekły stan zapalny migdałka podniebiennego może być punktem wyjścia dla ropowicy. Ropowica taka jest łagodna w przebiegu, skłonna do umiejscowienia, niecuchnąca. W wydzielinie znajdujemy zwykle tylko *strepto* i *staphylococci.*

Mówiliśmy już o przyczynach, wywołujących procesy ropne w dnie jamy ustnej. Dla uzupełnienia wymienić należy jeszcze: ropne schorzenia twarzy, urazy zainfekowane twarzy i jamy ustnej jak: postrzały, okaleczenia instrumentami lekarskiemi, a wreszcie schorzenia tkanek okołozębowych. Nakoniec należy dodać, że spotykano się z ropowicami, etjologja których ani drogą anamnozy, ani badania ustalić się nie dała.

Str. Lek.-dent. Halina Litwinówna.

D. n.

O zębach słów kilka dla zaradzenia szerzącemu się zepsuciu zębów.

Przez H. J. S. Odbito w Poznaniu, 1823 nakładem autora głoskami Dekera i spółki.

Wpadła mi w ręce książeczka, przed stu siedmiu laty wydana w Poznaniu; aczkolwiek z jednej strony nie może ona obecnie posiadać znaczenia naukowego, gdyż sto lat z okładem robi swoje, a obok tego pisana jest nie przez lekarza, gdyż autor na wstępie zaznacza, że „sztuki lekarskiey“ się nie uczył, tem nie mniej pominąć milczeniem jej nie

można, a to właśnie dlatego, że jest ona odbiciem poglądów, panujących w te czasy odległe na ziemiach polskich, poglądów, które skromnie pod inicjałami H. J. S. ukrytemu autorowi niechybnie chlubę przynoszą za to, że choć nie lekarz, potrafił wypowiedzieć wiele zdań mądrych, które i obecnie nietylko nic ze swej wartości nie straciły, ale niektóre z nich do niedawna nie były jeszcze ustalone. By jaknajściślej oddać myśli autora, pozwolę sobie przytoczyć je ściśle podług brzmienia oryginału.

„Zęby są nie tylko iedną z naypięknieyszych ozdób ciała ludzkiego, ale też nader często przyczyną iego zdrowia lub choroby".

„...gdy zęby są nie czysto utrzymywane, łączy się do zdrowej żywności pewien gatunek iadu, który się na zębach osadza... i tak nieznacznie zdrowie człowieka odbiega, a choroby iego mieysce zabieraią".

„Prócz tego trzeba wiedzieć, że zęby nadpsute i nieczysto utrzymywane, szkodzą nie tylko osobie, w takie zęby opatrzoney, ale i tym, z którymi obcuie, rozszerzaiąc oddech nieczysty i zaraźliwy, któren osoby z nią rozmawiaiące lub w bliskości będące, mimowolnie z powietrzem atmosferycznem połykaią".

„Każdego poranku i wieczorem trzeba ochędożyć zęby z nieczystości, która się na nich osadza".

„...otrzeć ząb każdy, ale nie trzeć nadto i nie w poprzeg zębów, lecz zęby wierzchnie z góry na dół, zęby dolne z dołu do góry ocierać należy, aby dziąseł nie spychać od zębów".

„...dobrze byłoby po każdem iedzeniu takim sposobem zęby oczyszczać".

Te zdrowe poglądy wygłosił H. J. S. w Polsce, kiedy jeszcze nie istniała bakterjologja, a tembardziej nie miano pojęcia o zakażeniu ustnem i kropelkowem. I w owe czasy nie byliśmy narodem zacofanym i bezmyślnym.

L. Br.

Z Państwowego Instytutu Dentystycznego.

W dn. 7.XII 1930 r. odbyła się uroczystość rozdania dyplomów, na której dyr. Instytutu, prof. Fr. Czubalski, odczytał następujące sprawozdanie:

Rok sprawozdawczy jest dziesiątym rokiem istnienia Państw. In-

stytutu Dentystycznego. Założony on został, dzięki wydatnej pomocy i staraniom *Dr. Leopolda Brennejsena* i *prof. Franciszka Zwierzchowskiego,* dn. 17.II 1920 r. na podstawie rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia Publicznego, do którego przez pewien czas należał. Od 1 stycznia 1922 r. przeszedł pod zarząd Ministerstwa W. R. i O. P. Powstanie Instytutu było wyrazem żywo odczuwanej potrzeby postawienia studjów dentystycznych w odradzającem się Państwie Polskiem na odpowiednim poziomie pedagogiczno-naukowym.

Pierwszymi słuchaczami Instytutu byli uczniowie dawnych szkół prywatnych lekarsko-dentystycznych Szymańskiego i Troppa, którym — z powodu zamknięcia tych szkół — dano możność dokształcenia się w Instytucie. W pierwszym roku istnienia Instytutu studjowała młodzież, przeważnie nieposiadającą świadectw dojrzałości. Z biegiem czasu wymagania od kandydatów na studja dentystyczne stale się zwiększały i od szeregu lat, wskutek nadmiernej liczby kandydatów, nie wystarcza wykazanie się świadectwem dojrzałości, ale od lat kilku obowiązuje konkurs matur, a ostatnio również złożenie egzaminu wstępnego.

Od czasu powstania Instytutu studjowało w nim 2090 osób, z czego ukończyło Instytut z dyplomem na stopień lekarza-dentysty 1147 osób. Ponadto uzyskało nostryfikację dyplomów zagranicznych 131 osób. Przez cały czas istnienia Instytutu władze uczelni borykają się z brakiem należytego pomieszczenia. Wprawdzie, w tym kierunku nastąpiło znaczne polepszenie. Dzięki inicjatywie p. prof. A. Meissnera, Instytut rozszerzył się trzy lata wstecz o 6 ubikacyj, a pół roku temu o dodatkowych 10 ubikacyj. Jeśli się porówna urządzenie Instytutu w roku 1920 z urządzeniem obecnem, to bezwątpienia wykaże się bardzo ofiarna i owocna praca całego personelu uczelni, a w szczególności pp. Kierowników klinik specjalnych, dzięki wysiłkom których uczelnia została zaopatrzona w najnowsze pomoce naukowe.

Całkowity majątek Instytutu zdobyty został wysiłkiem organów kierowniczych, gdyż ze strony Skarbu Państwa Instytut nie otrzymuje żadnych dotacyj naukowych.

Wieloletnie starania władz Instytutu o wybudowanie własnego gmachu pod uczelnię nie zostały zrealizowane z powodu sprzeciwu czynników miarodajnych.

Państwowy Instytut Dentystyczny należy do rzędu państwowych szkół wyższych i studenci jego korzystają — według orzeczenia Ministerstwa W. R. i O. P. — z praw, przysługujących akademikom Nie jest jednakże dotychczas szkołą akademicką, pomimo tyloletnich zabie-

gów i starań władz Instytutu. Ostatniemi czasy wprawdzie udało się przychylnie ustosunkować czynniki miarodajne do sprawy nadania Instytutowi praw szkoły akademickiej. Przeszkody jednak natury formalnej zawiesiły sprawę do chwili obecnej.

Założycielami i pierwszymi organizatorami Instytutu byli pp.: prof. dr. Antoni Cieszyński, prof. dr. Franciszek Czubalski, dr. med. Leopold Brennejsen, prof. dr. Franciszek Zwierzchowski i prof. dr. Alfred Meissner.

Za cały czas istnienia Instytutu skład Dyrekcji był następujący: w latach od 1920 r. do 1921 r. — dyrektorem nominalnym był prof. dr. Fr. Zwierzchowski, obowiązki faktyczne dyrektora spełniał vice-dyrektor prof. dr. Fr. Czubalski. Drugim vice-dyrektorem w tym czasie był dr. L. Brennejsen; w latach od 1921 r. do 1924 r. — dyrektor prof. A. Meissner, vice-dyr. prof. R. Nitsch; w latach od 1924 r do 1927 r. — dyrektor prof. H. Wilga, vice-dyr. prof. S. Dzierzgowski; w latach od 1927 r. do 1930 r. — dyrektor prof. J. Modrakowski, vice-dyr. prof. A. Meissner; w latach od 1930 r. do 1933 r. — dyrektor prof. Fr. Czubalski, vice-dyrektor prof. A. Meissner.

Pierwszą Radę Profesorów stanowili pp. profesorowie, docenci i wykładający: L. Brennejsen, F. Czubalski, B. Dembiński, S. Dzierzgowski, J. Hornowski, E. Jakimowicz, S. Kalinowski, M. Konopacki, L. Kryński, R. Nitsch, F. Słupski, Z. Sowiński, L. Szperl i F. Zwierzchowski.

W międzyczasie nastąpiły pewne zmiany w składzie ciała profesorskiego i obecną Radę Profesorów stanowią następujące osoby: PP. Prof. F. Czubalski, W. Cybulski, F. Erbrich, W. Filiński, M. Grzybowski, W. Humnicki, T. Janiszewski, K. Kaczyński, M. Konopacki, E. Loth, A. Meissner, J. Modrakowski, R. Nitsch, H. Nusbaum, L. Paszkiewicz, S. Pieńkowski, F. Słupski, H. Wilga i M. Zeńczak.

Z grona profesorów Instytutu ubyli z powodu śmierci: w roku 1921 — prof. B. Dembiński, w r. 1922 — prof. J. Hornowski i dr. E. Jakimowicz, w roku 1927 — prof. S. Przybytek, w roku 1928 — prof. S. Dzierzgowski.

W imię zasług, położonych przez nich dla dobra Instytutu i wogóle dla nauki polskiej, proponuję uczczenie Ich pamięci przez powstanie.

Piśmiennictwo polskie z dziedziny dentystyki wzbogacone zostało przez profesorów i asystentów Instytutu następującemi pracami naukowemi, a mianowicie:

P. prof. dr. Hilarego Wilgi p. t.: 1) Błędy w zakresie zębolecznic-

twa z punktu widzenia medycyny sądowej. 2) Zęby idjotów, chorych umysłowo, zbrodniarzy, prostytutek i karłów. 3) Dwoistość wykształcenia dentystycznego w Polsce. 4) W sprawie reformy studjów dentystycznych w Polsce. 5) W sprawie klasyfikacji zapaleń miazgi. 6) W sprawie ustawy o wykonywaniu praktyki dentystycznej i czynności techniczno-dentystycznych. 7) Zapalenie ozębnej w stosunku do zakażenia ustnego. 8) Społeczne znaczenie próchnicy zębów i organizacja walki z nią. 9) Leczenie zębów u dzieci w wieku szkolnym jako podstawa walki z próchnicą zębów. 10) Zęby pod względem antropologicznym. 11) O niektórych schorzeniach tkanek okołozębowych: A. t. z. ropotoku zębodołowym, B. przedwczesnym zaniku wyrostka zębodołowego, C. o ich klasyfikacji. 12) Organizacja służby dentystycznej w wojnie ruchomej i pozycyjnej. Pomoc szczękowo-rannym na froncie. 13) O powikłaniach w jamie ustnej po tyfusie plamistym. 14) Leczenie zębów z miazgą w stanie zgorzelinowego lub ropnego rozpadu.

P. prof. dr. Alfreda Meissnera p. t.: 1) Nowy typ kleszczy umożliwiający jednolity sposób wyjmowania zębów kleszczami. 2) Un nouveau type de davier. 3) Umocowanie dostawki w bezzębnej jamie ustnej zapomocą zabiegu chirurgicznego. 4) De l'emploi d'un procède chirurgical pour fixer un appareil de prothèse dans une bouche complètement édentée. 5) Zadania nowoczesnej stomatologji. 6) Zasady wyjmowania korzeni zębów dźwigniami przy specjalnem uwzględnieniu nowych form dźwigni. 7) Wspólnie z prof. Nitschem: Plan reformy studjów dentystycznych. 8) Przyczynek do chirurgicznego leczenia niedorozwoju dolnej szczęki. 9) Przyczynek do uproszczenia wyjmowania zębów kleszczami. 10) Memorjał dla Komisji, obranej przez Radę Profesorów P. I. D., celem rozpatrzenia używalności kokainy w dentystyce.

P. zast. prof. dr. Witolda Cybulskiego — z czasów adjunktury przy kat. Chir. Stomatol.: 1) Zastosowanie djatermji w chorobach jamy ustnej. 2) O leczeniu spraw zapalnych ozębnej przez zastosowanie promieni Roentgena.

P. st. asystenta przy katedrze Chir. Stomatol., lek.-dent. Franciszka Stempniewicza: 1) Jakie powinno być racjonalne postępowanie przy leczeniu zgorzeli miazgi zębów trzonowych, stosowane w Kasach Chorych.

P. adjunkta przy katedrze Dent. Zach. dr. Konrada Szepelskiego, p. t.: 1) Ogólna narkoza chlorkiem etylu w stomatologji. 2) O patogenezie tak zw. nadziąślaków i ich terapji. 3) Zarys rentgenografji i rent-

genodjagnostyki stomatologicznej. 4) Rzadki przypadek retencji doinych trzonowców. 5) Pathologisch-anatomischen Untersuchugen über die Pathogenese der sogenannten Epuliden. 6) Einige Methode der Pulpakrankheitentherapie und ihre pathologisch-anatomischen, bakteriologischen und pharmakologischen Grundlagen. 7) Pathologicko-anatomicke zkoumani o pathogenesi t. zv. epulidu. 8) Próba zastąpienia arsenu w terapji zapaleń miazgi. 9) Znieczulenie nerwu szczękowego przez otwór podniebienny większy w świetle obserwacji własnych (materjał był zebrany przy katedrze Chir.-Stomatol., a ogłoszony drukiem, gdy autor był st. asystentem przy kat. Dent. Zach.). 10) Torbiele korzeniowe. 11) Die Chloraethylbetäbung und ihre Anwendung in der Stomatologie. 12) Ein seltener Fall der totalen Retention sowie der Halbretention der unteren Molaren. Ein seltener Fall der Fremdkörper in der Alveole. 13) O sposobach operacyjnych torbieli. 14) Praktyczne uwagi i wskazówki z rentgenografji i rentgenodjagnostyki stomatologicznej.

P. st. asystenta przy katedrze Dentystyki Zachow. lek.-dent. Aleksandra Ujejskiego p. t.: 1) Ograniczenie stosowania koron pochewkowych. 2) Walkerit jako materjał zastępczy kauczuku.

P. st. asystenta przy katedrze Dentystyki Zachow. dr. Stefana Barylskiego p. t. „Zawodowe uszkodzenie zębów".

P. st asystenta przy katedrze Dentystyki Zachow. lek.-dent. Bogumiły Zakrzewskiej p. t. „Badania bakterjologiczne suchej sterylizacji drobnych instrumentów dentystycznych przy pomocy aparatu prof. Prinza".

P. st. asystenta przy katedrze Techniki Dent. lek.-dent. Janiny Galasińskiej p. t. „Przyczynek do powierzchni żującej korony czynnościowej".

Z grona pracowników naukowych Instytutu wyjeżdżali na studja zagraniczne w roku 1928/29 P. adjunkt przy katedrze Chir. Stomat., dr. med. Witold Cybulski i P. st. asystentka przy katedrze Techn. Dent., lek.-dent. Janina Galasińska; w roku 1929/30 P. st. asystent przy katedrze Dent. Zachow., dr. med. Konrad Szepelski i w roku 1930/31 — P. zast. prof. dr. Marjan Zeńczak.

Panowie Profesorowie, poza spełnianiem obowiązku nauczania, poświęcali wiele czasu załatwianiu spraw uczelni na komisjach, których posiedzeń odbyło się, jak następuje:

Rady Profesorów 118 posiedzeń, Komisji Nostryfikacyjnej 90 posiedzeń, Komisji Stypendjalnej 16 posiedzeń, Komisji Szacunkowej 3 posiedzenia, Komisji Dyscyplinarnej 6 posiedzeń, Komisyj jednorazo-

wych, powoływanych do załatwienia spraw pojedyńczych, 105 posiedzeń.

Do ważniejszych wypadków w istnieniu Instytutu zaliczyć należy: Stworzenie podwalin Instytutu Dentyst., jako uczelni wyższej, przez wprowadzenie w życie Tymczasowego Statutu. Podniesienie programu studjów dentystycznych do poziomu akademickiego. Zdobycie własnym wysiłkiem uczelni najnowszych pomocy naukowych. Poszerzenie pomieszczenia Instytutu na koszt własny. Zrzeczenie się przez Instytut części wpływów na rzecz budowy domów akademickich. Urządzenie Studenckiej Kasy Chorych.

Tak się przedstawia w ogólnych zarysach historja 10-letniego istnienia Państw. Instytutu Dentystycznego.

Przystępując do sprawozdania bardziej szczegółowego za ubiegły rok akademicki 1929/30, mam zaszczyt oświadczyć, że rok sprawozdawczy upoważniał do przypuszczenia, że najgłówniejsze dążenia Władz Instytutu zostaną w tym roku pomyślnie załatwione. Pierwszem były starania, czynione w kierunku uzyskania zgody czynników miarodajnych, na rozpoczęcie budowy gmachu P. I. D. Drugiem usilne zabiegi, celem podciągnięcia Instytutu pod ramową ustawę o szkołach akademickich. W sprawie budowy gmachu uzyskano całkowitą zgodę Departamentu Szkół Wyższych, a nawet oświadczenie, że wstawienie odpowiedniej pozycji w budżecie na budowę gmachu nie zostało uwzględnione li tylko z powodu spóźnionego zgłoszenia wniosku na rok budżetowy 1929/30. Natomiast zalecono wystąpić z kwestją budowy gmachu na rok budż. 1930/31, co też ze strony Instytutu spełnione zostało we właściwym czasie. Niestety, konjunktura budowlana uległa radykalnej zmianie i Władze Instytutu doznały dużego zawodu. Bardziej pomyślnie zaawansowała sprawa nadania Państw. Instytutowi Dentystycznemu praw uczelni akademickiej. Ministerstwo W. R. i O. P. zawiadomiło pismem z dnia 28.IV.30 r. Nr. IV. SW. 3860/30, że PP. Posłowie Bloku Bezpartyjnego Współpracy z Rządem zgłosili w Sejmie w dniu 6.III.30 r. wniosek o zaliczenie Państw. Inst. Dent. do liczby szkół akademickich pod nazwą Instytutu Stomatologicznego. Z takim samym wnioskiem, zawartym w druku sejmowym Nr. 818, wystąpił Związek Parlamentarny Polskich Socjalistów. Niezależnie od tego jeszcze inne Kluby Parlamentarne przyrzekły swoje poparcie, tak, że ze strony Sejmu nie spodziewano się sprzeciwu. Ponieważ i Organa Rządowe nie stawiały trudności, należało sądzić, że pomyślne załatwienie akademizacji Instytutu jest kwestją dni. Rozwiązanie Ciał Ustawodawczych we wrześniu r. b. stanęło na przeszkodzie i znowuż sprawę

odwlekło. Zarówno Dyrekcja jak i Rada Profesorów oraz młodzież P. I. D. mają jednak uzasadnioną nadzieję, że sprawa ta zostanie w bież. roku akad. pomyślnie załatwiona przez Ciała Ustawodawcze i Ministerstwo.

Następnemi sprawami, zasługującemi na uwagę, są: Objęcie kierownictwa katedrą techniki dentystycznej od 1.X.29 r. przez p. dr. Witolda Cybulskiego, b. adjunkta przy kat. Chirurg. Stomatol., który w tym celu odbywał specjalne studja zagranicą. Wogóle kolegjum profesorów i docentów uległo w ciągu roku następującym zmianom: W miejsce p. doc. dr. Szczęsnego Bronowskiego, który ustąpił z powodu zabronienia Mu przez konsyljum lekarskie dalszej pracy naukowej, wskutek nadwątlonego stanu zdrowia, objął wykłady zlecone z interny od 1.I.30 r. p. doc. dr. Włodzimierz Filiński. Wykłady zlecone z hygjeny objął od 1.II.30 r. p. prof. dr. Tomasz Janiszewski w miejsce p. doc. dr. Gustawa Szulca, który przeszedł na stanowisko Dyrektora Państwowego Zakładu Hygjeny. Na posiedzeniu w dniu 18.VI.30 r. Rada Profesorów uchwaliła zaprosić na wykładającego dermatologję od 1.X.30 r. p. doc. dr. Marjana Grzybowskiego w miejsce p. prof. dr. Feliksa Malinowskiego, który objął katedrę dermatologji w Uniwersytecie Stefana Batorego w Wilnie.

Wobec upływu trzechletniej kadencji dyrektorskiej na stanowisku dyrektora p. prof. dr. Jerzego Modrakowskiego i vice-dyrektora p. prof. dr. Alfreda Meissnera, odbyły się w dniu 18.VI.30 r. wybory nowej dyrekcji, przyczem dyrektorem wybrano p. prof. Dr. Franciszka Czubalskiego, vice-dyrektorem ponownie wybrany został p. prof. dr. Alfred Meissner. W związku ze zmianą dyrekcji, ulegli ponownym wyborom członkowie Komisyj: Nostryfikacyjnej, do której weszli: dyrektor, vice-dyrektor i sekretarz Rady Profesorów w osobie p. zast. prof. dr. Witolda Cybulskiego, wybranego w miejsce p. zast. prof. dr. Marjana Zeńczaka, ustępującego z tego stanowiska z powodu wyjazdu na specjalne studja zagranicę. Stypendjalnej, składającej się obecnie z: dyrektora, vice-dyrektora i p. prof. dr. Romana Nitscha. Szacunkowej: Wykładowca p. dr. Wincenty Humnicki, p. prof. dr. Alfred Meissner i prof. dr. Hilary Wilga. Na egzaminatorów dla egzaminów wstępnych w roku ak. 1930/31 wybrano: p. prof. dr. Jerzego Modrakowskiego i p. prof. dr. Romana Nitscha.

W ciągu roku sprawozdawczego zwoływane były następujące Komisje: Rada Profesorów 9 posiedzeń, Komisja Nostryfikacyjna 8 posiedzeń, Komisja Stypendjalna 4 posiedzenia, Komisja Szacunkowa 2 posiedzenia, Komisja Dyscyplinarna 3 posiedzenia, Komisja Progra-

mowa 2 posiedzenia, Komisja Budżetowa 2 posiedzenia, Komisja Budowlana z łaskawym dwukrotnym współudziałem P. Prof. Antoniego Cieszyńskiego 4 posiedzenia, inne komisje 10 posiedzeń.

Aby dać możność zapoznawania się lekarzom-dentystom z nowemi zdobyczami nauki w zakresie dentystyki, zainteresowani profesorowie zgodzili się urządzić w marcu kursy dokształcające. Stanowisko jednak, zajęte przez pewne organa związkowe lekarzy-dentystów względem zapatrywań naukowych ciała profesorskiego Instytutu na niektóre konkretne sprawy, akcję tę narazie zahamowało.

Państw. Instytut Dentystyczny, pomimo bardzo szczupłego pomieszczenia, dał możność kształcenia się w roku sprawozdawczym ogółem 448 studentom, z czego na poszczególne lata przypadało: na rok I — 138 stud., na rok II — 112 stud., na rok III — 92 stud., na rok IV — 102 stud. oraz 4 nostryfikantów.

Statystyczne dane o wynikach egzaminów przejściowych są następujące: *Na I roku.* Zdało wszystkie egzaminy 68 osób. Nie zdało z 1 przedmiotu — 40 osób. Nie zdało z 2 przedmiotów — 10 osób. Nie zdało z 3 przedmiotów — 7 osób. Nie przystąpiło do egzaminu — 13 osób. *Na II roku.* Zdało wszystkie egzaminy — 46 osób. Nie zdało z 1 przedmiotu — 43 osoby. Nie zdało z 2 przedmiotów — 17 osób. Nie zdało z 3 przedmiotów — 2 osoby. Nie przystąpiło do egzaminu — 4 osoby. *Na III roku.* Zdało wszystkie egzaminy — 79 osób. Nie zdało z chirurgji ogólnej — 3 osoby. Nie zdało z 1 przedmiotu 12 osób. z 4 przedmiotów 1 osoba. *Na IV roku.* Przystąpiło do egzaminu przed wakacjami — 100 osób, w tem 1 z roku 1928/29. Zdało wszystkie egzam. przed wakacjami — 72 osób, w tem 4 nostryf. Uzupełniło egzamin po wakacjach — 32 osób w tem 1 absolw. z r. 1928/29. Nie dopuszczono do egzaminu — 2 osoby. Otrzymuje dyplomy w m. grudniu 1930 r. 95 absolw. z r. 1929/30 oraz 6 absolwentów z lat ubiegłych.

Dyplomy z odznaczeniem w r. akad. 1929/30 otrzymują: pp.: Burker Józef i Stamirowski Józef Stanisław. Nie otrzymują dyplomów z powodu niewywiązania się z warunku złoż. egzam. z łaciny — 3 osoby. Nie otrzymują dyplomów z powodu niewywiązania się z warunku złoż. egzam. z gr. pol. — 1 osoba. Uzyskało nostryfikację dyplomów 5 osób (Batalin-Mołoczna Cypa, Ejzenberg Udla, Goldman Chaja, Machauf Marceli i Lerer-Berdyczewska Masza).

Studentom, którzy nie zdali egzaminu w okresie październikowym z 1 lub 2 przedmiotów, zezwolono zdawać jeszcze w terminie trzecim t. j. w grudniu. W roku sprawozdawczym Instytut rozporządzał 8 sty-

pendjami rządowemi, 1 samorządowem (Magistratu m. st. Warszawy) i 4 stypendjami z opłat studenckich na fundusz stypendjalny. Rozdzielone one zostały między niezamożnymi a pilnymi studentami w następujący sposób: 5 osób otrzymało całe stypendjum czyli po 150 zł. mies. przez 10 miesięcy. 13 osób otrzymało pół stypendjum czyli po 75 zł. mies. przez 10 miesięcy. 4 osoby otrzymało zapomogi (500 zł., 3 os. po 250 zł. i 1 — 200 zł.). Prócz tego wielu studentów korzystało z pomocy materjalnej w postaci zwolnienia od opłat na pomoc w naturze dla studentów i fundusz stypendjalny oraz odroczenia opłat uczelnianych. Niezależnie od stypendjów studenckich przyznane było przez Ministerstwo W. R. i O. P. 1 stypendjum naukowe w kwocie 6.000 zł., z którego skorzystał st. asystent przy katedrze Dentystyki Zachowawczej, wyjeżdżając na studja specjalne zagranicę. Opiekę lekarską rozpościera nad studentami Studencka Kasa Chorych z kuratorem p. prof. Romanem Nitschem na czele. Z pomocy ambulatoryjnej korzystało 1230 os. W szpitalu leczyło się 6 osób. Wydatkowano na honorarja dla lekarzy 2.021 zł. Za leczenie w szpitalu — 655.50 zł. Zapłacono za lekarstwa — 1.552.87 zł. Koszta administracyjne wyniosły — 178 zł. Ogółem wydatkowano z funduszu na pomoce zdrowotne — 2.994 zł.

Państw. Instytut Dentystyczny posiada 4 specjalne Oddziały, których działalność w roku sprawozdawczym przedstawia się, jak następuje:

Oddział Chirurgji Stomatologicznej. Naogół czynność na Oddziale I w stosunku do lat poprzednich jest wyraźnie wzmożona. Potrzeba pomocy w wypadkach powikłań szczękowych (naogół zębowych) staje się coraz częstszą. Klinika dla leżących chorych przy ulicy Marszałkowskiej 116, okazała się za szczupłą. Coraz częściej zdarzało się, że przyjezdni chorzy byli zmuszeni dla braku miejsca nocować na korytarzach, zanim można było oswobodzić łóżko. To też kierownictwo Kliniki czuło się zmuszone Oddział powiększyć. Starania w tym kierunku skończyły się wynajęciem willi przy ul. Obrońców 31, dla celów I-go Oddziału. Nowe warunki umożliwiły stworzenie miejsca dla 30-tu leżących chorych. Są oni pod stałą opieką lekarską internisty. Zwiększenie ich ilości przyczyniło się do powiększenia personelu pomocniczego przez przyjęcie siostry pielęgniarki o wyższych kwalifikacjach. Jasny i obszerny lokal oraz bezpośrednie jego otoczenie — ogród umożliwiły danie chorym warunków jak najhygjeniczniejszych. Klinika dla leżących chorych posiada: 2 sale męskie, 2 sale kobiece i 1 dziecinną, mieszczące się na I-em piętrze. W ten sposób chorzy są całkowicie oddzieleni od sal operacyjnych i wykładowych.

znajdujących się na parterze. Poliklinika Oddziału I pozostała na Marszałkowskiej 116. Na Poliklinice Oddziału I (Marszałkowska 116) przyjęto ogółem — 20.038 chorych (w roku ub. 13.434), wykonano drobnych zabiegów: a) ekstrakcyj — 5.146, b) innych — 3.378; wykonano większych zabiegów, jak: operacje torbieli, ropowice, resekcje — 886. Na Klinice Oddziału I przyjęto chorych ogółem 555, wykonano: a) dużych operacyj — 650 (w r. ub. 379), b) drobnych zabiegów — 3.370, c) zdjęć rentgenowskich około — 2.000. Nowe warunki poprawiły widoki na rozwinięcie się prac naukowych, które dotychczas z powodu szczupłych waruków mieszkaniowych były bardzo utrudnione. Prace nad skatalogowaniem bibljoteki i spisywaniem indeksu prac z piśmiennictwa, abonowanego przez Oddział, zostało ukończone.

Oddział Dentystyki Zachowawczej. W ciągu roku przyjęto chorych: pierwszorazowych — 9.678, powtórnych — 30.434, zabiegów wykonano — 45.574, plomb — 7.120, rentgenogramów — 3.382. Poza tem studenci II roku mają po 4 godziny tygodniowo w ciągu 3 trym. wykładów teoretycznych i po 4 godz. ćwiczeń fantomowych. Studenci III i IV roku mają po 3 godz. tygodniowo wykładów klinicznych i po 8 godz. tygodniowo ćwiczeń klinicznych, prócz tego studenci III roku korzystają z ćwiczeń praktycznych po 5 godzin tygodniowo w zakresie plombowania złotem, porcelaną i wkładkami ianemi złotemi. Studenci IV kursu w ciągu całego roku mają kurs rentgenologji wraz z ćwiczeniami praktycznemi.

Z grona pomocniczych sił naukowych Oddziału był delegowany st. asystent dr. Szepelski, jako stypendysta Min. W. R. i O. P. na roczne studja zagraniczne i odbywał je — według złożonego sprawozdania — w Wiedniu, Rostocku, Bonn i Monachjum, zapoznawszy się z metodami nauczania profesorów: Pichlera, Morala, Kantorowicza, Hauensteina oraz docentów: Wolfa, Gottlieba, Schmidhubera, Baltersa i asystentów: Osten Sackena i Preisseckera. Poza tem brał udział w zjazdach: Stomatologów Austrjackich w Pradze, lekarzy-dentystów Mecklemburg-Schweryńskich w Rostocku i lekarzy-dentystów niemieckich w Stuttgardzie, a także zwiedził wystawę hygjeniczną w Dreznie.

W roku ak. 1929/30 pan profesor dr. med. H. Wilga ogłosił następujące prace drukiem: 1. Komplikacje w jamie ustnej po tyfusie plamistym. Przegl. Dent. 1929 r. 2. Leczenie miazgi w stanie zgorzelinowego i ropnego rozpadu. Przegl. Dent. 1930 r. Dr. med. K. Szepelski ogłosił następujące prace: 1. Pathologisch-anatomischen Untersuchungen über die Pathogenese der sogenannten Epuliden. 2. Einige Methode der Pulpakrankheitentherapie und ihre pathologisch-anato-

mischen, bakteriologischen und pharmakologischen Grundlagen. 3. Pathologicko-anatomicke zkoumani o pathogenesi t. zv. epulidu. 4. Próba zastąpienia arsenu w terapji zapaleń miazgi. Dr. med. S. B a r y l s k i ogłosił następującą pracę: „Zawodowe uszkodzenie zębów".

O d d z i a ł T e c h n i k i D e n t y s t y c z n e j. W klęskowem pomieszczeniu dotychczasowem Oddziału, a zwłaszcza jego części klinicznej, w ciągu całego roku szkolnego nie udało się zmian przeprowadzić. Dopiero przeniesienie się z końcem okresu sprawozdawczego (sierpień) Oddziału klinicznego chirurgji stomatologicznej z lokalu na II-em pętrze w domu , ul. Marszałkowska 116 pozwoliło przenieść tam część kliniczną Oddziału III i IV z trzeciego piętra tegoż domu, jak również z lokalu, Marszałkowska 151 pracownię techniczną, zyskując przez to możność stworzenia przy części propedeutycznej pracowni naukowej. Zmiany te, jakkolwiek przygotowywane w ciągu minionego okresu, dadzą się przeprowadzić dopiero z nowym rokiem szkolnym.

Personel składał się z kierownika i tylko czterech asystentów etatowych oraz dwóch nieetatowych, trzech techników etatowych, jednej nieetatowej pomocnicy klinicznej i dwóch nieetatowych woźnych. Wykłady odbywały się, odnośnie do części propedeutycznej, w sali ćwiczeń technicznych przy ul. Marszałkowskiej 151 dla wszystkich 4-ch kursów, kliniczne zaś w pomieszczeniu kliniki, przy ul. Marszałkowskiej 116. Szczupłość lokalu klinicznego zmuszała kierownika do podziału słuchaczy na trzy grupy po trzydzieści parę osób. Materjał naukowy dla pierwszego i drugiego kursu został w całości wyczerpany w myśl przewidzianego programu, podczas gdy trzeci i czwarty kurs uzupełniał zaległe wiadomości z propedeutyki, po wyczerpaniu zaś tej części programu, przechodził w II i III trzymestrze na klinikę.

Program wykładów przewidywał dla I kursu 2 godz. tygodniowo, II kursu 3 godz. tyg., III kursu 3 godz. tyg., IV kursu 3 godz. tyg. oraz odpowiednią ilość ćwiczeń.

Praca naukowa wobec okresu reorganizacyjnego ograniczyła się do referatowych posiedzeń naukowych, których odbyło się razem 10. Poza tem st. asystentka p. J. G a l a s i ń s k a ogłosiła drukiem pracę pod tyt. „Przyczynek" do powierzchni żującej korony czynnościowej". Bibljoteka Oddziału została powiększona o 86 tomów. Pism krajowych prenumerowano 2, otrzymano darmo 2, zagranicznych prenumerowano 4. Oddział został zaopatrzony w minionym okresie w szereg nowoczesnych aparatów i instrumentów (jak np. odlewnia pneumatyczna Kerra, piec Kremina do wypalania porcelany wysokotopliwej z pyrometrem, mikroskop z opak-projektorem i urządzeniem do zdjęć foto-

graficznych, epidiaskop, szlifierka elektryczna, 12 ruchomych artykulatorów Grittmana i t. d.).

Sale ćwiczeń zostały wyposażone w trzy nowe wentylatory elektryczne. Salę kliniczną zaopatrzono w trzy wiertarki elektryczne wiszące i jedną stojącą, wentylator elektryczny oraz nowe instrumentarjum kliniczne.

Ruch chorych na klinice przedstawiał się następująco: Ogólna ilość przyjęć pacjentów — 4.020. Z tego pierwszorazowych przyjęć — 1.040, wielokrotnych przyjęć — 2.980. Wykonano: a) protez złotych jednoczłonowych (koron wkładów) — 85, b) protez złotych wieloczłonowych (mostów) — 40, c) protez kombinowanych jednoczłonowych (złoto i porcelana) — 60, d) protez kombinowanych wieloczłonowych (złoto i porcelana) — 20, e) protez kauczukowych całkowitych — 50, f) protez kauczukowych częściowych — 95, g) protez kombinowanych podpartych (złoto, złoto z platyną i kauczuk) — 14, h) protez chirurgicznych — 3, i) protez chirurgicznych kombinow. z podpartą — 1, j) naprawek wykonano — 154. Razem wykonano prac — 522.

O d d z i a ł O r t h o d o n t y c z n y. Frekwencja pacjentów następująca: Ogólna liczba wizyt — 2.380. Ilość wizyt pierwszorazowych 204. Wykonano: a) regulacyj — 71, b) obturatorów — 7, c) zabiegów przy złamaniach — 2, d) mostków — 5, e) dostawek kauczukowych — 11, f) koron Richmonda — 8.

Na Oddziale Orthodontycznym, oprócz stałego personelu, w roku 1929/30 pracowało 8 lekarzy-wolontarjuszy. W zakresie pracy naukowej: odbyło się 20 zebrań, na których wygłoszono 16 referatów, reszta zebrań miała charakter dyskusyjny.

Kończąc sprawozdanie, wyrażam nadzieję, że tyloletnie usilne zabiegi i starania władz Instytutu w kierunku nadania Państw. Inst. Dent. praw uczelni akademickiej oraz wyjednania pomieszczenia, odpowiadającego nowoczesnym potrzebom nauczania dentystyki zostaną w bieżącym roku akad. pomyślnie załatwione, co niewątpliwie spowoduje znaczny rozwój polskiej dentystyki oraz przyczyni się do wydajności prac naukowych z tej dziedziny, którym obecne warunki wysoce nie sprzyjały.

W związku ze spodziewaną akademizacją Instytutu i zyskaniem odpowiednich pomieszczeń Rada Profesorów, przez wyłonioną specjalnie w tym celu komisję, zastanawia się i przygotowuje możliwie najbardziej racjonalną rewizję programu studjów dentystycznych, biorąc pod uwagę zarówno własne polskie ideje, warunki, możliwości i potrzeby oraz korzystając krytycznie z wzorów, urządzeń i współ-

czesnego ujmowania sprawy sposobu nauczania dentystyki w zachodniej Europie, Anglji i Ameryce.

Dążeniem Rady Profesorów jest takie usystematyzowanie programu studjów oraz jego przeprowadzenie, któreby dawało w rezultacie potrzebnych Państwu dobrych i wykształconych fachowców, z drugiej zaś strony, aby dawało dostateczne podstawy i budziło chęć, a nawet zapał, w jednostkach bardziej zdolnych i lepiej przygotowanych, do samodzielnej pracy naukowo-twórczej. Rada Profesorów zdaje sobie bowiem dokładnie sprawę z tego, że jeżeli zabraknie pracowników naukowych w jakiejś dziedzinie i ożywcze rodzime źródła wiedzy wyschną — nieuniknienie sprowadzi to także ogólne obniżenie poziomu wiadomości fachowych. Kto bowiem jest tylko spożywcą cudzych wysiłków, nie dając nic z siebie w tym kierunku, ten nie idzie naprzód ani stoi w miejscu, ale się cofa. Radzie Profesorów leży bardzo na sercu wychowanie i odpowiednie przygotowanie tych, którzy mają zająć opróżnione miejsca w przyszłości i skutecznie pracować nad rozwojem polskiej dentystyki w charakterze asystentów, docentów, wreszcie kierowników i profesorów.

A kiedy poruszyłem sprawę nauczania i stwarzania warunków, w których budzi się zapał do pracy twórczej, muszę złożyć w tem miejscu najgorętsze podziękowanie w imieniu P. I. D. stołecznemu Uniwersytetowi na ręce J. M. pana Rektora i pana Dziekana W-łu Lekarskiego za ten pełen zrozumienia stosunek i serdeczną opiekę, jaką darzy Uniwersytet Warszawski przez swój Wydział Lekarski młodą naszą uczelnię. Zewnętrznym wyrazem tego jest choćby dzisiejsza nasza uroczystość, odbywająca się w auli Wszechnicy. Wszystkie niemal niespecjalne katedry obsadzone są siłami uniwersyteckiemi, a słuchacze P. I. D. korzystają, narówni ze słuchaczami medycyny, z pracowni i klinik Wydziału Lekarskiego bądź innych Wydziałów. To też P. I. D., choć formalnie nie jest składową częścią Wydz. Lekarskiego, w rzeczywistości jednak jest w znacznym stopniu tego Wydziału emanacją.

Dzięki tym właśnie warunkom P. I. D. może spełniać swą doniosłą rolę z pożytkiem dla młodzieży i społeczeństwa szerszego oraz utrzymywać się na odpowiednim poziomie naukowo-pedagogicznym. pomimo tak ciężkich warunków lokalowych. Z przyjemnością też mogę zaznaczyć, że nieraz dochodzą nas pochlebne wieści o przygotowaniu fachowem naszych wychowanków, wywalczających sobie, wśród wielu przeszkód, należne miejsce w społeczeństwie, co sprawia nam prawdziwą radość.

Za wytrwałą i owocną pracę pedagogiczną, spełnianą w tak trud-

nych warunkach, głównie w pierwszych latach istnienia Instytutu. składam pp. profesorom i ich asystentom oraz wszystkim pracownikom wyrazy szczerego uznania i serdecznego podziękowania.

Należą się również gorące słowa podzięki całemu bez wyjątku personelowi urzędniczemu Instytutu, a w szczególności zaś zasłużonym, wieloletnim urzędnikom biura w osobach: pp. sekretarza Z. Groszewskiego, kwestora H. Szmidtkowej, zast. sekretarza — asesora J. Supronowiczowej i kontrolerów F. Stephanowej i I. Nadolskiej za gorliwą i wydatną pracę ku ogólnemu dobru Instytutu, spełnianą w wyjątkowo ciężkich warunkach z powodu nieunormowanego stanowiska uczelni, braku pomocniczych sił kancelaryjnych i możliwego urządzenia biurowego.

WYKAZ OSÓB

które w roku ak. 1929/30 otrzymały dyplomy z ukończenia Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie.

1. Barylska z Biernackich Marja.
2. Boguszewska Marja.
3. Boczkowska Helena Matylda.
4. Kubik z Bednarków Eugenja Franciszka.
5. Budzioch Janina Michalina.
6. Binder Paulina.
7. Boms Abram Jakób.
8. Burker Józef.
9. Choynacka Marja.
10. Celnikier Ela Dawid.
11. Czerwińska Natalja Małgorzata.
12. Członkowska Helena.
13. Tcheusner alias Czajsner Henryk Karol.
14. Długacz Tatjana.
15. Długołęcka Eugenja.
16. Falk Leonard Henryk.
17. Fillat Hersz.
18. Gajewska Adela Elżbieta.
19. Gabrysiak Jadwiga Tekla.
20. Garlińska Jadwiga Aleksandra.
21. Gąsowska Jadwiga.
22. Godorowska Zofja Krystyna.
23. Gołębiowska Janina Martyna.
24. Gottfried Rózia.
25. Górkiewicz Melanja Jadwiga.
26. Górska Jadwiga.
27. Gręda Wanda.
28. Grynberg Roza.
29. Grzybowska Henryka Antonina.
30. Günther Arno Willy Waldemar.
31. Jarosz Mieczysław Zygmunt.
32. Gressel z Jaroszewskich Erazmina Emilja.
33. Jendryka Aleksandra Bogumiła.
34. Kac Bella.
35. Kamienomostka Raisa.
36. Kłoskowska Zofja.
37. Komorowska Irena.
38. Konszyn Halina.
39. Korzeniewska Wiesława Zofja

40. Kozłowski Edmund.
41. Krongold Eugenja.
42. Krupa Marja.
43. Kurmanowicz Marja.
44. Kubicka Zofja Ludwika.
45. Kuskowska Leokadja Marja.
46. Kwiatkowska Jadwiga.
47. Kwiecińska Janina.
48. Konstantin Juljusz.
49. Lech Wanda Stanisława.
50. Wierzbicka z Leguckich Irena Marja Grażyna.
51. Lemieszek Eugenja Zofja.
52. Litwin Halina Tekla.
53. Majewska Janina.
54. Majewski Stefan.
55. Małachowska z Krukowskich Marja Wanda.
56. Michalak Czesława.
57. Migdał Frymet.
58. Miller Halina.
59. Mikulska Halina Józefa.
60. Morawski Jerzy.
61. Morgensztern Rajzla.
62. Niebojewska Marja Joanna.
63. Odechowska Wanda Zofja.
64. Oguszewicz Estera.
65. Olszewska Jadwiga Józefa.
66. Ostaszewska Klementyna Walerja.
67. Osikowska Wanda Janina.
68. Głowińska z Perelmanów Cylla Reweka.
69. Pinkert Henryka.
70. Pisek Bronisława.
71. Probierz Zofja Sabina.
72. Rattinger Karol Emil.
73. Przeździecka Stefanja.
74. Rędziejowska Grażyna Jadwiga.
75. Reutt Antonina.
76. Rękosiewicz Janina Stefanja.
77. Ilewicz z Rittlerów Wanda.
78. Rumińska Adela Zofja.
79. Rybaczek Irena.
80. Rydecka Irena Janina.
81. Samuel Janina Marjanna.
82. Sierpińska Marja Matylda.
83. Silber Dora.
84. Słucka Reweka.
85. Sochanowska Jadwiga Helena.
86. Stamirowski Józef Stanisław.
87. Stocka Eleonora.
88. Święcicka Zofja.
89. Świątkowska Lucyna.
90. Szaniawska Marja Anastazja.
91. Schroetter Walerja.
92. Sztejn Sulamit.
93. Sztern Frajda Roza.
94. Walendowska Łucja.
95. Wijasińska Ewa Marja.
96. Winograd Henryk.
97. Wagner Anna Wiktorja.
98. Zabłocka Marja.
99. Zajączkowska Irena.
100. Ziółkowska Zofja.
101. Zubelewicz Izabella Jadwiga.

Wspomnienie pośmiertne.

EDWARD H. ANGLE.

Dentystyka wszechświatowa poniosła w roku ubiegłym wielką stratę. W podeszłym wieku, lecz jeszcze w pełni sił twórczych, umarł w Kalifornji Edward H. Angle, twórca współczesnej ortodoncji.

Do czasów Angle'a leczenie zboczeń zgryzu stało na niskim poziomie. Każdy praktyk według własnego uznania stawiał rozpoznanie zboczenia i leczył je przez siebie obmyślanym sposobem. Przyrządy, w tym celu stosowane, były b. rozmaite, przeważnie niehygjeniczne i uciążliwe dla chorego. Pierwszy Angle wprowadził pewien ład w tę dziedzinę. Jego podział zboczeń według wzajemnego stosunku szczęk, choć nieoparty na podstawach naukowych i nieuwzględniający przyczyn, wywołujących zboczenie, pozwala jednak w praktyce na określenie rodzaju zboczenia i wskazuje nam kierunek, w jakim powinno iść leczenie. Zresztą niema innej klasyfikacji, któraby mogła zastąpić Angle'owską. I przyrządy, które wprowadził do użytku Angle, różnią się zasadniczo od większości dotąd stosowanych. Jego łuk jest hygjeniczny, łatwy w stosowaniu i nie sprawia choremu wiele przykrości.

Angle z biegiem czasu ulepszał te przyrządy, wprowadzał rozmaite modyfikacje, z których ostatnią (edgerise arch) można nazwać prawie idealną.

W ostatnich latach pojawiły się i inne metody leczenia zboczeń zgryzu, np. kefalometryczna i inne. Stanowią one pewien postęp w ortodoncji, jednak w wielu przypadkach nie mogą zastąpić uniwersalnego łuku Angle'a. To też bez przesady można twierdzić, że jeszcze długie lata nauka będzie korzystała z jego zdobyczy i wskazówek. Angle rozumiał, jak ważnem jest doświadczenie i wyrobienie sobie odpowiedniej techniki w ortodoncji i dlatego wymagał, żeby jego uczniowie poświęcali się wyłącznie temu działowi dentystyki.

Niezmordowany w pracy, przygotowywał drugie wydanie swego podręcznika, niestety, śmierć nie pozwoliła mu wykonać tego zamierzenia.

F. M.

DRUKARNIA ZAKŁ. WYDAWN. M. ARCT, SP. AKC. W WARSZAWIE, CZERNIAKOWSKA 225